

Fact Sheet

Lowering Your Cost for Preventive Services

Too many Americans don't get the preventive health care they need to stay healthy, avoid or delay the onset of disease, lead productive lives, and reduce health care costs.

How will the Patient Protection and Affordable Care Act (the federal health care reform law) increase my access to preventive services?

People who enroll in a new health plan on or after Sept. 23, 2010, may receive certain preventive services at no cost. You don't have to pay a copayment or coinsurance or meet a deductible requirement, though you may be required to see a network provider if your plan requires use of a provider network. (Plans with provider networks can impose cost sharing requirements if preventive services are provided by an out-of-network provider.)

If the required preventive services are billed separately from other services provided at the same time (e.g., a standard office visit or other lab work) you may still be required to pay a co-pay for the services that do not qualify as preventive health services under federal regulations.

Which preventive services can I get at no additional cost?

Depending on your age, you may have free access to preventive services such as:

- Blood pressure, diabetes, and cholesterol tests
- Many cancer screenings, including mammograms and colonoscopies
- Counseling on quitting smoking, losing weight, treating depression, and reducing alcohol use
- Routine vaccinations against disease, such as measles, polio, or meningitis
- Flu and pneumonia shots
- Counseling, screening, and vaccines to ensure healthy pregnancies
- Regular well-baby and well child visits from birth to age 21.

For a complete list of affected preventive services, visit www.healthcare.gov/.

Does this new rule apply to my health plan?

This preventive services provision applies to employment-based group health plans and individual health insurance policies that are not grandfathered. If applicable, this provision will affect you as soon as your plan or policy begins its first new plan year or policy year on or after September 23, 2010.

A **plan year** is a 12-month period of benefits coverage which may not be the same as the calendar year. This period is called a **policy year** for individual policies.

Health plans that existed on or before March 23, 2010, are not required to offer preventive services as long as they maintain grandfathered status. A plan will lose grandfathered status if it makes plan changes greater than are permitted under federal regulations.

Your health policy must disclose in its plan materials whether it's a grandfathered plan and how to contact the U.S. Department of Labor (for consumers in employment-based group health plans) or the U.S. Department of Health and Human Services (for those with individual health insurance policies) for further information. You can also file a complaint with TDI.

What other protections does the health care reform law offer consumers?

The health care reform law includes many other consumer protections, including rules that:

- Allows consumers to add or keep children on their health policies until age 26.
- Stops insurance companies from denying benefits to children younger than 19 because of a pre-existing condition.
- Allows certain Texans who have been uninsured for six months and who have preexisting conditions to enroll in the federal Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP).

Hoja Informativa

Cómo Reducir los Costos de Sus Servicios Preventivos

Muchos estadounidenses no reciben los servicios de salud preventivos que necesitan para mantenerse saludables, evitar o retrasar la aparición de enfermedades, llevar una vida productiva, y para reducir los costos de los servicios de salud.

¿De qué manera aumentará la Ley de Asistencia Asequible y Protección al Paciente (la ley de reforma federal para los servicios de salud) mi acceso a los servicios preventivos?

Las personas que se inscriben en un nuevo plan de salud en o después del 23 de septiembre de 2010, pueden recibir ciertos servicios gratis. Usted no tiene que pagar un copago o un coaseguro o cumplir con un deducible, aunque es posible que se le requiera ver a un proveedor de la red si su plan requiere el uso de un proveedor de la red. (Los planes con redes de proveedores pueden imponer requisitos de costos compartidos si los servicios preventivos son proporcionados por un proveedor que está fuera del plan de la red.)

Si los servicios preventivos que son requeridos son cobrados por separado de los otros servicios que fueron proporcionados a la misma vez (por ejemplo, una consulta regular u otro tipo de análisis de laboratorio) usted todavía puede estar obligado a pagar un copago por los servicios que no califican como servicios preventivos de salud bajo las regulaciones federales.

¿Qué servicios preventivos puedo obtener sin tener costos adicionales?

Dependiendo de su edad, usted puede tener acceso gratuito a los servicios preventivos, tales como:

- La presión arterial, la diabetes y las pruebas de colesterol
- Muchos exámenes de cáncer, incluyendo mamografías y colonoscopías
- Consejería para dejar de fumar, para bajar de peso, tratamientos contra la depresión y para reducir el consumo de alcohol
- Las vacunas de rutina contra enfermedades como el sarampión, la polio o la meningitis
- Las vacunas contra la gripe y la neumonía
- Consejería, exámenes y vacunas para asegurar un embarazo saludable

- Chequeos regulares de rutina y visitas para niños desde el nacimiento hasta los 21 años

Para obtener una lista completa de los servicios preventivos que han sido afectados, visite www.healthcare.gov/.

¿Aplica este nuevo reglamento a mi plan de salud?

Esta provisión para los servicios preventivos aplica a los planes de salud en grupo basados en el empleo, así como también a las pólizas individuales de seguro de salud que no se consideran pólizas de derechos adquiridos. De ser aplicable, esta provisión le afectará a usted tan pronto como su plan o póliza comience su primer plan anual, o año en la póliza en o después del 23 de septiembre de 2010.

Un **plan anual** es un periodo de cobertura de beneficios de 12 meses, el cual pudiera no ser el mismo que un año calendario. Este periodo es llamado una **póliza anual** para las pólizas individuales.

Los planes de salud que existían en o antes del 23 de marzo de 2010, no están obligados a ofrecer servicios preventivos, siempre y cuando mantengan sus derechos adquiridos (grandfathered status, por su nombre en inglés). Un plan perderá su derecho adquirido si se hacen cambios al plan, mayores a los que están permitidos bajo las regulaciones federales.

Su póliza de salud debe divulgar en los materiales del plan si es un plan de derechos adquiridos y cómo comunicarse con el Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (para los consumidores en planes de salud en grupo basados en el empleo) o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (para las personas que cuentan con una póliza individual de seguro de salud) para obtener más información. También puede presentar una queja ante TDI.